

IMAGENS EM GASTRENEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Lipomatose gastroduodenal

Gastroduodenal lipomatosis

Ana Catarina Lagos*, Inês Marques e Beatriz Neves

Serviço de Gastroenterologia II, Hospital Pulido Valente (CHLN), Lisboa, Portugal

Recebido a 24 de março de 2011; aceite a 23 de agosto de 2011

Disponível na Internet a 6 de junho de 2012

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um doente de 59 anos com antecedentes de obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus não insulino-tratada que foi referenciado à Consulta de Gastroenterologia por apresentar na endoscopia digestiva alta, realizada no contexto de investigação de dispepsia, várias formações polipóides sésseis do corpo gástrico e bulbo duodenal com dimensões entre os 5 a 12 mm, revestidas por mucosa normal, de cor amarelada e com o «*cushion sign*» positivo (figs. 1 e 2). Foram realizadas várias biopsias destas lesões que demonstraram mucosa gástrica sem particularidades histológicas. Analiticamente não se registavam alterações. Realizou ecoendoscopia, que revelou que as formações polipóides sésseis correspondiam a lesões arredondadas da submucosa hiperecogénicas, confinadas à parede, sem adenopatias adjacentes, aspeto ecoendoscópico compatível com lipomas (fig. 3). Completou o estudo com tomografia computadorizada torácica e abdominal que identificou várias lesões arredondadas da parede gástrica e bulbo duodenal com densidade de gordura, compatíveis com o diagnóstico de lipomas, já estabelecido pela ecoendoscopia (fig. 4). A endoscopia alta de revisão ao fim de um ano demonstrava as lesões descritas anteriormente, sem expressão evolutiva.

Os lipomas gástricos/intestinais são tumores benignos da submucosa pouco frequentes, correspondendo a menos de 2% das lesões submucosas e raramente têm manifestações clínicas¹. A sua apresentação na forma de lipomatose

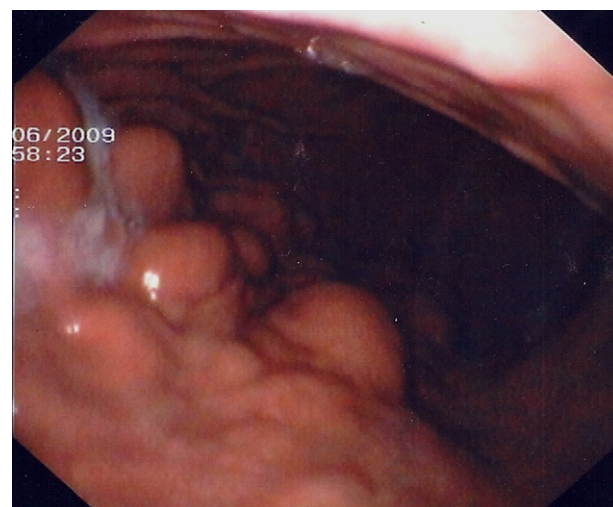


Figura 1 Várias formações polipóides sésseis do corpo gástrico com dimensões entre os 5 a 10 mm revestidas por mucosa normal.

difusa, com mais de 10 lipomas e eventual envolvimento do intestino delgado e cólon é extremamente rara. A endoscopia digestiva alta pode sugerir o diagnóstico, pois os lipomas apresentam-se como lesões polipóides revestidas de mucosa normal, de consistência mole e de cor amarelada, podendo também estar presente o «*tenting sign*» e o «*cushion sign*»². O primeiro consiste em tracionar a mucosa que recobre o lipoma, verificando que esta se destaca facilmente, tal como se verifica nas outras lesões submucosas. O segundo sinal consiste em tocar com uma pinça de biópsia no lipoma, verificando que este se deprime

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: catarina.lagos@gmail.com (A.C. Lagos).

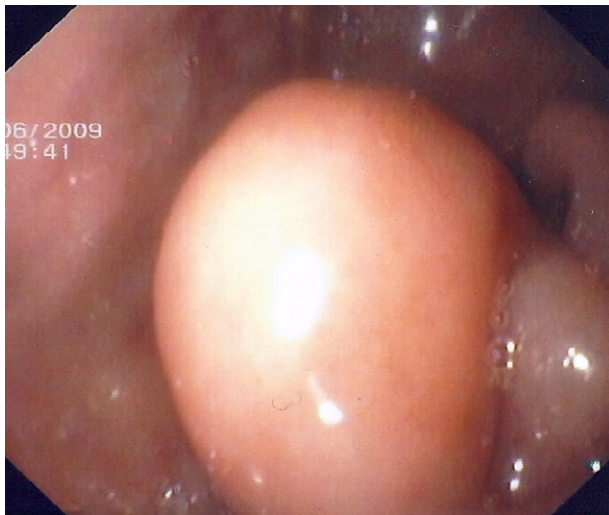


Figura 2 Formações polipóides sésseis do bulbo duodenal com dimensões entre os 5 e 12 mm revestidas por mucosa normal.

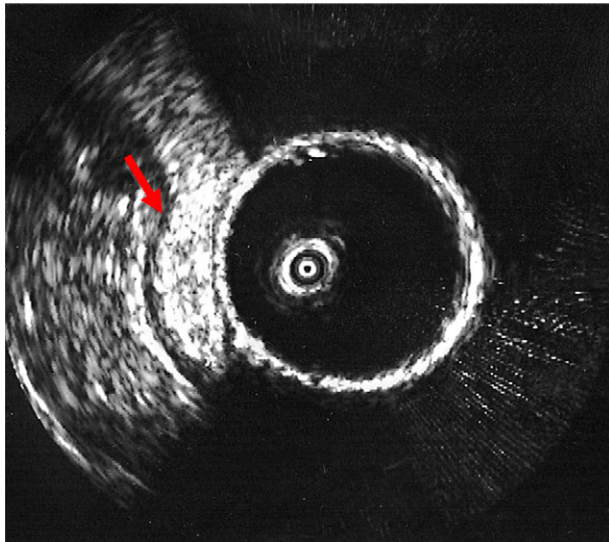


Figura 3 Lesão arredondada da submucosa hiperecogénica, confinada à parede, sugestiva de lipoma.

facilmente e retoma rapidamente à sua forma inicial. As biopsias geralmente são inconclusivas, dado localização submucosa dos lipomas. No entanto, é a ecoendoscopia ou tomografia computadorizada que permitem alcançar o diagnóstico definitivo. Os lipomas na ecoendoscopia apresentam-se como lesões intensamente hiperecogénicas confinadas à 3.^a camada. Na tomografia computadorizada, os lipomas surgem como lesões com densidade negativa.

Devido à sua natureza benigna e ausência de manifestações clínicas (70% dos casos), não têm habitualmente indicação terapêutica nem obrigam a seguimento ou vigilância³. Os casos sintomáticos geralmente

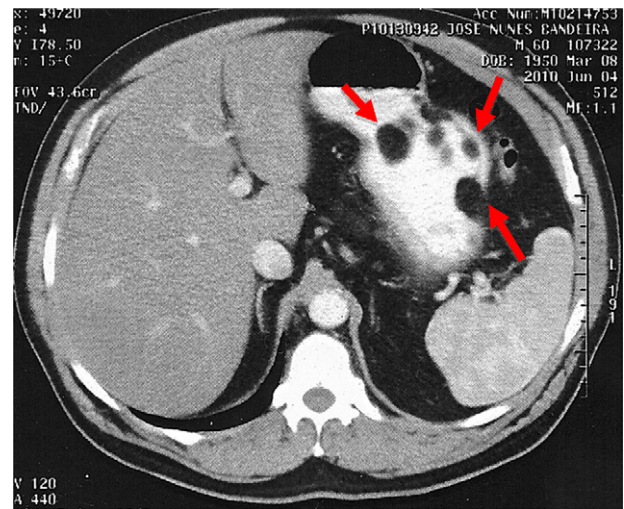


Figura 4 Várias lesões arredondadas da parede gástrica e bulbo duodenal com densidade de gordura.

apresentam-se com dor abdominal e, menos frequentemente, hemorragia. Nestes casos, a terapêutica endoscópica poderá ter lugar, nomeadamente a hemostase e a polipectomia. A polipectomia endoscópica, apesar das suas possíveis complicações, nomeadamente perfuração e hemorragia⁴, tem sido uma alternativa cada vez mais segura, como se constata em vários estudos publicados na literatura^{4,5}. Um relato recente demonstra o papel da enteroscopia de duplo balão na resolução endoscópica de um caso de intussusceção intestinal por lipomatose do jejuno⁶.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Bodas A, Rivilla F. Intestinal lipomatosis in a 10-year-old girl. *Eur J Pediatr*. 2008;167:601-2.
2. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large bowel lipomas: presentation and management An 18-year study. *Eur J Surg*. 1991;157:51-5.
3. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinico-pathologic study of 20 cases. *Surgery*. 1964;55:773-81.
4. Bromberg SH, Zampieri JC, Cavalcanti LF, Waisberg J, Barreto E, Godoy AC. Lipomas colorretais: correlação anatomo-clínica de 29 casos. *Rev Ass Med Brasil*. 1997;43:319-25.
5. Fukuda S, Yamagata R, Mikami T, Shimoyama T, Sawaya M, Uno Y, et al. Gastric lipoma successfully treated by endoscopic unroofing. *Digestive Endoscopy*. 2003;5:228-31.
6. Lee BJ, Park JJ, Joo MK, Kim JH, Yeon JE, Kim JS, et al. A case of small-bowel intussusception caused by intestinal lipomatosis: preoperative diagnosis and reduction of intussusception with double-balloon enteroscopy. *Gastrointest Endosc*. 2010;71:1329-32.